

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Kateřina Bařantová**

Syndrom vyhoření u pracovníků terénních programů pro uživatele  
návykových látek

The burnout syndrome among workers of outreach programs for drug users

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Monika Nevoralová

Praha, 2014

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 20. 7. 2014

Kateřina Bažantová .....

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

BAŽANTOVÁ, Kateřina. Syndrom vyhoření u pracovníků terénních programů pro uživatele návykových látek. [*The burnout syndrome among workers of outreach programs for drug users*]. Praha, 2014, 44 s., 2 příl., 6 grafů, 5 tabulek. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Monika Nevoralová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Monice Nevoralové za odborné vedení, za rady a pomoc při zpracování této práce.

## **ABSTRAKT**

**VÝCHODISKA:** Syndrom vyhoření je v popředí zájmu již od 70. let 20. století a od té doby mu byly věnovány četné výzkumy. V České Republice se syndromem vyhoření zabývají zejména Kebza a Šolcová. Zaměření výzkumu na zkoumání syndromu vyhoření u terénních pracovníků s uživateli návykových látek není příliš časté.

**CÍLE:** Hlavním cílem výzkumu je zjistit míru náchylnosti k syndromu vyhoření mezi pracovníky terénních programů pro uživatele návykových látek na území České Republiky. Pro výzkum byly stanovené 4 výzkumné otázky.

**METODY:** K výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření, konkrétně dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření od Jiřího a Tamary Tošnerových.

**SOUBOR:** Osloveno bylo celkem 63 terénních programů z celé České Republiky. Výzkumu se zúčastnilo celkem 53 respondentů, z toho 20 mužů (38 %) a 33 žen (62 %).

**VÝSLEDKY:** Celkově lze hodnotit výsledky jako celkem nízké, vzhledem k náchylnosti k syndromu vyhoření. Výjimkou je pár respondentů, kteří v jednotlivých rovinách dosáhli vyššího počtu bodů. Z celkového možného počtu bodů (96), byl průměrný počet dosažených bodů 19,9. Muži dosáhli v průměru 18,7 bodů a ženy 20,7 bodů. Nejvyšší dosažený výsledek byl 45 bodů a nejnižší pak 4 body.

**ZÁVĚR:** Výsledky není možné kvůli malému počtu zúčastněných příliš generalizovat na všechny terénní pracovníky s uživateli návykových látek. Musely by být uskutečněny další výzkumy.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření- terénní práce s uživateli drog- rizikové faktory

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** The burnout syndrome is at the forefront since 70s of the 20th century. Since then many researches were realized. In the Czech Republic especially authors Kebza and Šolcová are concerned with burnout syndrome. Researches focused on burnout syndrome among outreachworkers with drug users aren't too common.

**AIMS:** The main aim of this work is to find the measure of susceptibility to burnout syndrome among workers of outreach programs for drug users in the Czech Republic. For the research were determined four research questions.

**METHODS:** For the research was used a method of questionnaire research namely questionnaire Inventář projevů syndromu vyhoření by Jiří and Tamara Tošnerovi.

**SAMPLE:** Totally 63 outreach programs for drug users from the whole Czech Republic were asked. In the research participated 53 responders, 20 men (38 %) and 33 women (62 %).

**RESULTS:** In general, we can say that results are quite low in relation to susceptibility to burnout syndrome. Few responders who reached higher results in single parts are the exceptions. Responders can reach maximally 96 points, and average score was 19, 9 points. Men reached 18, 7 points in average and women 20, 7 points. The highest reached score was 45 points and the lowest 4 points.

**CONCLUSIONS:** Because of small number of participants the results can't be generalized on all outreach workers with drug users. It is necessary to carry out another research about this topic in this area.

**Key words:** burnout syndrome – outreach work with drug users – risks factors

# OBSAH

ÚVOD.....	3
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	4
1.1 Syndrom vyhoření .....	4
1.1.1 Definice syndromu vyhoření .....	4
1.1.2 Rizikové faktory .....	5
1.1.3 Proměnné týkající se osobnosti pracovníka .....	7
1.1.4 Projevy syndromu vyhoření .....	10
1.1.5 Průběh syndromu vyhoření.....	11
1.1.6 Prevence.....	12
1.2 Terénní práce s uživateli drog .....	15
1.2.1 Definice terénní práce.....	15
1.2.2 Terénní programy pro uživatele drog .....	16
1.2.3 Cílová skupina terénní práce .....	16
1.2.4 Cíle terénní práce s uživateli návykových látek.....	17
1.3 Terénní práce s uživateli drog a syndrom vyhoření .....	19
2. PRAKTICKÁ ČÁST .....	22
2.1 Cíle výzkumu .....	22
2.2 Výzkumné otázky .....	22
2.3 Metody sběru dat.....	22
2.4 Výzkumný soubor.....	23
2.5 Metody analýzy dat.....	23
2.6 Etika.....	23
2.7 Výsledky výzkumu .....	23
2.7.1 Popis výzkumného souboru .....	23
2.7.2 Výsledky otázek týkající se rozumové roviny .....	26
2.7.3 Výsledky otázek týkající se emocionální roviny .....	26
2.7.4 Výsledky otázek týkající se tělesné roviny .....	27
2.7.5 Výsledky otázek týkající se sociální roviny .....	27
2.7.6 Celkové výsledky .....	28
DISKUSE.....	32
ZÁVĚR .....	33
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	34
PŘÍLOHY.....	36

Příloha č. 1- Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových .....	36
Příloha č. 2- Seznam tabulek a grafů.....	38



# ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je syndrom vyhoření u pracovníků terénních programů pro uživatele návykových látek. O syndromu vyhoření se mluví již od 70. let 20. století a je stále aktuálním tématem. Od sedmdesátých let bylo publikováno mnoho výzkumů, přičemž rešerše v databázi MEDLINE ukazuje jako nejplodnější období roky 1982-1987, kdy bylo publikováno celkem 207 psychologicko- medicínsky orientovaných studií. Období před a po tomto rozmezí bylo publikováno vždy jen několik studií ročně. Je však třeba v úvahu vzít omezení databáze MEDLINE, která eviduje pouze výzkumy, které propojují psychologickou tematiku s medicínskou, tudíž čistě psychologické výzkumy v ní nejsou zahrnuty. (Kebza, Šolcová, 2003). V současné době existují četná pracoviště, která se syndromem vyhoření zabývají. Za všechny jmenujme např. kalifornskou státní univerzitu v Berkeley, kde působily C. Maslachová a A. Pinesová, které světu daly první teoretické práce o syndromu vyhoření a také první diagnostické metody. Další z pracovišť věnující se syndromu vyhoření jsou v Kanadě (např. Acadia University ve Wolfville), v Německu (Freie Universität Berlin), v Polsku, Nizozemí či například i v Izraeli. (Kebza, Šolcová, 2013). V České Republice se v současné době syndromu vyhoření věnují zejména Vladimír Kebza a Iva Šolcová.

Téma syndromu vyhoření u terénních pracovníků s uživateli drog jsem zvolila také proto, že sama pracuji jako terénní pracovnice s touto cílovou skupinou. Víím, jak je tato práce náročná a během své praxe jsem se setkala s kolegy z vlastní či jiné organizace, kteří vykazovali různé projevy a stádia syndromu vyhoření a někteří kvůli tomu i z oboru odešli. Proto jsem chtěla prohloubit své teoretické znalosti a uskutečnit výzkum mezi terénními pracovníky.

Práce je rozdělená na dvě části- teoretickou a praktickou, které jsou pak dále členěny na jednotlivé kapitoly a podkapitoly. V teoretické části se zabývám charakteristikou syndromu vyhoření, rizikovými faktory pro jeho vznik, projevy syndromu vyhoření a jeho průběhem a možnostmi prevence. Další část teoretické části práce se věnuje terénní práci s uživateli návykových látek, definuje jí, popisuje její cílovou skupinu a cíle. Dále pak popisuje, proč jsou pracovníci terénních programů pro uživatele drog syndromem vyhoření ohroženi.

Část praktická je věnována výzkumu mezi pracovníky terénních programů pro uživatele drog, pro který byl použit dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření od Jiřího a Tamary Tošnerových.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Syndrom vyhoření

### 1.1.1 Definice syndromu vyhoření

V odborné literatuře se termín burn-out (překládaný jako vyhoření, vyhasnutí) poprvé objevil v roce 1974, kdy byl užit ve stati psychologa Hendricha J. Freudenbergera v časopise Journal of Social issues, který jej následně použil i ve své navazující publikaci „Burn-out : the high cost of high achievement“. V roce 1961, tedy o 13 let dříve, byl však pojem burn-out použit v románu Graham Greena „A burn-out case“, který pojednává o nadějném architektovi, který pod tíhou nesmyslných konfliktů, věčných sporů a překážek, ztrácí svou radost z práce i ze života, opouští městské prostředí a utíká před pocity vyhoření do pouště. (Kebza, Šolcová, 2003)

Přestože byl pojem syndrom vyhoření poprvé oficiálně použit až v sedmdesátých letech, odkazy na fenomén celkového vyčerpání (tělesného, psychického i duchovního) jsou mnohem a mnohem starší. Příkladem může být Bible, kde se v knize „Kazatel“(1,2) píše: „Marnost nad marnost, všechno je marnost“. Také pojem Sisyfovská práce mluví o úplném vyčerpání, když Sysifos byl odsouzen, aby veliký kámen dovalil na vrchol hory a vždy, když už byl skoro u cíle, kámen se vysmekl, svalil se dolů a Sysifos musel začít znovu a znovu. (Křivohlavý, 1998)

Syndrom vyhoření nemá jednotnou definici, existují její různá pojetí. Obvykle se v nich objevuje ztráta profesionálního či osobního zájmu pracovníků v pomáhajících profesích, která má závažné důsledky. V jiných je vyhoření popisováno jako důsledek procesu, kdy lidé silně zaujatí do své práce, ztrácí své nadšení. (Kebza, Šolcová, 2003)

Freudenberger a Herbert (in Křivohlavý, 1998) definuje syndrom vyhoření jako „*konečné stadium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a své hnací síly*“.

Agnes Pine a Elliot Aronson (in Křivohlavý, 1998) mají obšírnější definici: „*Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.*“

„Vyhoření je postupná ztráta ideálů, energie, smysluplnosti. Je to jev, který prožívají lidé v profesích orientovaných na pomoc druhým lidem, zvláště zdravotníci, sociální pracovníci, soudci a učitelé.“ (Edelwich, Brodsky, in Ptáček, Raboch, Kebza et al., 2013)

*„Vyhoření je popisováno jako prolongovaná odpověď na chronické emocionální a personální stresory spojené s pracovní činností, charakteristické dimenzemi vyčerpání, cynismu a neefektivity.“* (Maslach, Schaufeli, Leiter, in Ptáček, Raboch, Kebza et al., 2013)

Definice by se dalo jmenovat ještě mnoho, mají však společné znaky, které dle Křivohlavého (1998) jsou:

- negativní emocionální příznaky typické pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese
- kladení důrazu na příznaky a chování lidí, více než na fyzické příznaky vyhoření
- uvádění v souvislosti s výkonem určitého zaměstnání
- fakt, že příznaky se vyskytují u jinak psychicky zdravých lidí, nejde tedy o psychologicky nenormální osobnosti
- snížená výkonnost, která souvisí s negativními postoji a s chováním z nich vyplývajícím. Není tedy způsobena nižšími pracovními schopnostmi a dovednostmi, či nižšími kompetencemi pracovníků.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) neudává syndrom vyhoření jako samostatnou diagnózu, ale ani ho úplně nepomíjí. Je zařazen pod písmenem Z, tedy mezi faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. Je zařazen pod kapitolu osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami za jiných okolností. Patří mezi problémy spojené s obtížemi při vedení života a jeho kód je Z73.0- Vyhasnutí(vyhoření), což je definováno jako stav životního vyčerpání. (Světová zdravotnická organizace, 2009)

### **1.1.2 Rizikové faktory**

Rush (2003) udává deset nejčastějších příčin syndromu vyhoření. Jsou jimi- pocit nutkání namísto povolání, neschopnost přibrzdit, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, příliš velká rutina, nesprávný pohled na boží priority v našem životě, špatný tělesný stav, neustálé odmítání ze strany druhých.

Rizikovými faktory dle Šolcové a Kebzy (2003) jsou následující:

- samotný život v současné civilizované společnosti sám o sobě, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy
- vyšší skóre životních událostí
- permanentně prožívaný časový tlak
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese (Kebza, Šolcová, 2003)

Stock (2010) rozděluje rizikové faktory na ty v zaměstnání a osobnostní. Mezi rizikové faktory v zaměstnání řadí zvýšenou pracovní zátěž, která může být způsobena vyššími nároky a působením rušivých vlivů. Dále nedostatek samostatnosti a pravomocí, nedostatek uznání, špatný kolektiv (nevraživá atmosféra, nedostatek vzájemné soudržnosti, chybí kolegiálnost), nespravedlnost (protekce), Pracovní zátěž také může zvyšovat, když se měřítka organizace výrazně odlišují od těch individuálních jedince, který pak musí jednat proti svým přesvědčením, nastává mu konflikt hodnot.

Chirurgové Friedmann a Rosenman dělali výzkum o tom, jakou souvislost má cílevědomost na infarkt myokardu a na základě toho rozeznávají dva typy osobností- typ A a typ B. Toto rozdělení se dá vztáhnout i k syndromu vyhoření. Typ A jsou cílevědomé osoby se silným smyslem pro povinnost vyznačující se netrpělivostí, perfekcionismem, soutěživostí a sklony k agresivitě. Z počátku jsou v práci úspěšní, ale svým chováním způsobují konflikty, které vedou k izolaci a utvrzení v tom, že si vše musí udělat sami. Často se vědomě vystavují více stresorům naráz (nadměrná zátěž, málo času) a vzniká tak nerovnováha mezi vypětím a uvolněním, aktivitou a relaxací, stresem a zotavením. Výsledkem, po měsících, letech, co to vydrží, může být právě syndrom vyhoření. Typ B je

potom spíše opakem typu A. Osoby v tomto jsou méně nepřátelští, agresivní a soutěživí a naopak více trpěliví, klidní a uvolnění. Lze tedy v zásadě říci, že jsou více chráněni před syndromem vyhoření. (Stock, 2010)

U osob, u kterých propukl syndrom vyhoření, se často vyskytují tyto osobnostní charakteristiky. Jsou to pevná vůle a odhodlanost, rozhodnost, sklony k soběstačnosti (radši práci udělají sami, než aby ztráceli čas vysvětlováním druhým, jak to udělat), značná sebedůvěra, častý perfekcionismus, vysoká organizovanost, častý odpor k pravidlům, značná cílevědomost, pozitivní, optimistický a nadšený postoj, nezávislost až sklony k samotářství, ochota riskovat a záliba v náročných úkolech, značná soutěživost, žijí z úspěchu a uznání, které z něho pramení, mají potřebu mít vše pod kontrolou, mají opovržení v selhání své i druhých. (Rush, 2003)

### **1.1.3 Proměnné týkající se osobnosti pracovníka**

Proměnné týkající se osobnosti pracovníka lze rozdělit na demografické (věk, pohlaví, rodinný stav, úroveň vzdělání, počet odpracovaných let, počet let na dané pozici) a proměnné specifické pro jednotlivce (sebepojetí, těžiště kontroly, sebeúčinnost).

Některé výzkumy ukazují, že vyhoření je častější u mladých pracovníků. Starší, sociálně vyzrálejší, mají tak na rozdíl od mladých umírněnější očekávání a potíže přijímají a reagují na ně snadněji. Jiný výzkum, který zkoumal vyhoření u amerických sociálních pracovníků, ukázal, že čím byly pracovníci starší, tím k vyhoření byli náchylnější. Z této odlišnosti výsledků výzkumů lze vyvodit, že existují dvě kritické fáze, kdy se projevuje náchylnost k vyhoření- na počátku profesní kariéry a pak v její pozdější fázi. (Maroon, 2012)

Názory autorů se však liší, co se týče vlivu délky praxe na jedné pozici na vznik a vývoj syndromu vyhoření. Někteří tvrdí, že nemá žádný vliv, jiní ji považují za zcela podstatnou. Tento rozdíl může být vysvětlen tím, že existují okolnosti, na něž nebyl v obou skupinách šetření kladen dostatečný důraz (např. socioekonomický status, podrobnější charakteristiky profesních skupin, které byly sledovány.)

Dále se pohledy autorů liší v případě pohlaví jedince, tedy jestli to, že je někdo muž či žena má vliv na vyhoření. Zejména v prvních výzkumech z osmdesátých let se ukazovalo, že vyhoření je častější u žen, a některé výzkumy dokonce udávaly, že až dvojnásobně vyšší. Předpokládá se, že tyto výzkumy jsou alespoň částečně ovlivněny tím, na jakém vzorku byly prováděny. Velká část z nich je totiž prováděna na profesních

skupinách typicky ženských, jako jsou zdravotní sestry, učitelky. V pozdějších studiích jsou výsledky více vyrovnané. (Kebza, Šolcová, 2003)

U svobodných pracovníků se vyhoření vyskytuje více než u těch v manželském svazku, což potvrzuje jak důležitá je rodina jako sociální opora. Náchylnější k vyhoření jsou především svobodní mladí muži na počátku své kariéry.

Dle Chernisse (in Maroon, 2012) se díky vzdělání riziko vyhoření snižuje, protože usnadňuje rozeznat možnosti osobního vývoje a osobní hranice. Důležitou roli zde hraje i zaměstnavatel, konkrétně v tom, zda další vzdělávání pracovníků povolí a podpoří či ne. Instituce kladoucí důraz na vzdělávání, snižují riziko vyhoření.

Pohledy odborníků se rozcházejí při určení vlivu odpracovaných let. Takedová a kol (in Maroon, 2012) uvádí, že začínající pracovníci jsou více ohrožení než ti zkušení. Je to tzv. šokem z reality, kdy nastupující pracovníci mají jistá očekávání, zaměstnání berou jako prostředek seberealizace, což jsem jim v praxi, ale ne vždy potvrdí. Cherniss (in Maroon, 2012) došel k tomu, že zkušenější pracovníci jsou schopnější se vyrovnat s pracovními nároky a vyhořením. Naopak Halm a kol. (in Maroon, 2012) uvádí, že neustálý tlak na pracovníky trvající léta nakonec vede k vyhoření.

Lidé vnášejí do své role proměnné specifické pro jednotlivce, které jsou v pomáhajících profesích důležitým pracovním prostředkem. Tyto samy o sobě za vyhoření neodpovídají, ale ve spojení s vnějšími proměnnými ano. Mezi proměnné specifické pro jednotlivce, které mají vliv na syndrom vyhoření, patří sebepojetí, těžiště kontroly a sebeúčinnost.

Sebepojetí je „ *soubor vjemů zahrnujících vlastní identitu, spokojenost se sebou samým, sebelásku, modely chování, sebekritiku a přijímání sebe samého*“. (Maroon, 2012) Pracovníci, kteří mají pozitivní pohled na svou osobu, se snáze vcítí do různých situací a jsou lépe schopni vyrovnávat se s pracovními obtížemi. Čím pozitivnější tento obraz sebe sama je, tím menší pociťují vyčerpanost a odosobnění (Dorman, in Maroon 2012).

Pojem těžiště kontroly (locus of control) souvisí s tím, jak jedinec pohlíží na schopnost řídit osud vlastním chováním. V případě vnějšího těžiště kontroly věří, že život je ovlivňován a kontrolován silami mimo náš vliv. Naopak v případě vnitřního těžiště věří, že může ovlivnit běh věcí a odpovídajícím způsobem na ně reagovat. (Maroon, 2012). Jestli má jedinec tendenci spíše k vnějšímu či vnitřnímu těžišti kontroly se projeví zejména v dvojznačných situacích, kdy čím nejasněji je situace dána, tím více se při jejím řešení projeví osobnost jedince (Spector, in Maroon, 2012). Autoři zabývající se těžištěm kontroly stanovili tři hypotézy: má přímý vliv na vnímání jedince, ovlivňuje výsledky jeho

práce a slouží jako spojnice mezi podmínkami vnějšího prostředí a způsobem reakce. (Jackson, in Maroon, 2012) Výzkumy ukazují, že osoby s vnějším těžištěm jsou k vyhoření náchylnější, zatímco vnitřní těžiště naopak může být protektivním faktorem.

Sebeúčinností se rozumí důvěra jedince ve vlastní schopnosti a splnění určitých úkolů a plánů. Je možná ji zvýšit vzděláváním se, osobními zkušenostmi a zpětnou vazbou. Pro vysokou míru sebeúčinnosti musí jedinec věřit, že aby dosáhl cíle, je schopný zaktivizovat svou motivaci a poznatky. Pracovníci, kteří mají vysokou sebeúčinnost mají sklony vyhledávat spolupráci s kolegy, považují ji za pozitivní. (Maroon, 2012) Vzhledem k vyhoření je důležité, zda je rovnováha mezi zdroji a požadavky, zda je pracovník schopen požadavkům dostát, podávat výkon, plnit úkoly a být sebeúčinný. Pokud není rovnováha, dostávají se stavy tlaku a napětí, které mohou vést k vyhoření.

Cherniss (in Maroon, 2012) nepovažuje sebeúčinnost za složku osobnosti a rozděluje ji na tři typy. První se vztahuje k úkolům, kdy jde o technické aspekty jako je schopnost nakládat efektivně a přiměřeně s pracovními prostředky, vybudovat a udržet kontakt s klienty. Další částí je sebeúčinnost mezilidská, kdy jde o schopnost spolupracovat s kolegy a nadřízenými. Poslední je sebeúčinnost instituční, kde by měl pracovník věřit, že může ovlivnit sociální a politické aspekty v organizaci.

Freudenberger sestavil popisy typických potenciálních obětí syndromu vyhoření. Prvním z nich je angažovaný, silně citově zainteresovaný pracovník. Pracuje s vysokým nasazením, nakládá si hodně práce, ale víc vkládá, než dostává. Sám na sebe tlačí a zesiluje tím i tlak klientů a zaměstnavatele. Vyhoření nastává kvůli klientům s nenaplněnými potřebami, kteří hodně očekávají. Pracovník je nepřetržitě v roli dárce, což vede brzkému vyčerpání sil.

Druhým typem je pracovník, který práci považuje jako prostředek k uspokojení svých vlastních potřeb. Vzdává se sám sebe i všech mimopracovních vztahů, většinu času tráví v práci. Nemá žádnou sociální oporu, která je důležitá jako preventivní faktor pro vyhoření.

Další je autoritativní jedinec mající potřebu mít vše pod kontrolou, nevěří, že někdo další by práci mohl vykonat tak dobře jako on. Jeho chování má negativní vliv na kolegy i samotnou organizaci, pracovník však není schopen to řešit. Vyhoření mu hrozí kvůli jeho potřebě naprosté kontroly a vysokého výkonu, avšak pracovní den je plný nepředvídatelných situací, což ho vyvádí z rovnováhy. (Maroon, 2012)

### 1.1.4 Projevy syndromu vyhoření

Rush (2003) rozděluje projevy na vnější a vnitřní. Mezi ty vnější řadí skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná, podrážděnost, fyzickou únavu a neochotu riskovat. Mezi vnitřní patří ztráta odvahy, emocionální vyčerpanost, ztráta osobní identity a sebeúcty, ztráta objektivnosti, negativní duševní postoj.

Poschkamp (2013) přiřazuje příznaky čtyřem úrovním prožívání, kterými jsou fyzická úroveň, kognitivní úroveň, emoční úroveň, úroveň chování. Do fyzické úrovně patří příznaky, které se projevují přímým tělesným omezením postihnuté osoby, je to:

- ztráta energie
- tělesné vyčerpání
- problémy s krevním oběhem
- chronická únava či nedostatek spánku
- zažívací problémy, bolesti hlavy
- ztuhlé šíjové svaly.

Příznaky kognitivní úrovně popisují snížené či omezené schopnosti myšlení:

- nízká koncentrace a paměť
- dezorganizace
- nepřesnost
- ztráta flexibility
- neschopnost plnit komplexní úkoly.

Příznaky emoční úrovně se vyznačují negativním citovým stavem, jako je:

- pocit přetížení
- antipatie vůči klientům
- deprese, frustrace, skleslost
- obava jít do práce
- pocity zbytečnosti
- zoufalství
- případně až sebevražedné sklony.

Na úrovni chování jsou to následující příznaky:

- apatie
- cynismus
- snížená výkonnost
- časté konflikty s druhými, partnerem, přáteli
- vyhýbání se kontaktu s kolegy



- zvýšená agrese
- zvýšená konzumace alkoholu, tabáku, kávy, drog.

Dle Stocka (2010), existují 3 základní projevy syndromu vyhoření, od kterých se pak odvíjejí další. Jsou to vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti. Většina příznaků již byla zmíněna v rozdělení jiných autorů výše, proto zde zmíním jen ty, které v předchozích výčtech chybí. Vyčerpání dále dělí na emoční, kam navíc řadí ztrátu sebeovládání (např. výbuchy vzteku, nekontrolovatelný pláč), beznaděj, a fyzické jako je náchylnost k infekčním nemocím, náchylnost k nehodám. Projevy odcizení jsou negativní postoje k sobě, životu, práci, ostatním, ztráta schopnosti navázat společenské vztahy. Do příznaků pod pokles výkonnosti řadí autor nespokojenost s vlastními výkony, ztrátu motivace.

### 1.1.5 Průběh syndromu vyhoření

Odborníci rozdělují proces vyhoření na různý počet fází, v závislosti na tom, jde-li o detailnější popisy či shrnutí jednotlivých fází. Na čem se ale shodují, je fakt, že vyhoření je plíživý a dlouhodobý proces. (Poschkamp, 2013)

Jako nejjednodušší se dá označit výše znázorněný model procesu vyhoření od Christiny Maslach, který má čtyři fáze. První je fáze až idealistického nadšení a přetěžování se, po ní následuje emoční a fyzické vyčerpání, dále pak napadání a dehumanizace druhých jako obrana sebe sama před vyhořením. Posledním je terminální stadium, kdy se jedinec staví proti všemu a všem a příznaky vyhoření jsou rozvinuté. (Křivohlavý, 1998)

Alfried Laengle, rakouský představitel logoterapie a existenciální psychoterapie, představil hlubší pohled na proces vyhoření, který má tři fáze. V první fázi se člověk pro něco zcela nadchl, má cíl k čemu jít a život pro něj dostává smysl. Práce pro něj je také smysluplná, usnadňuje mu totiž dosažení cíle, má odůvodněno proč je důležité ji dělat. V prvotní fázi jsou motivační síly nadšení pro věc, což se však v druhé fázi změní. V popředí je zde vedlejší produkt- např. peníze. Pomalu začíná dělat svou práci pro to, že z toho „něco“ má, namísto původního důvodu- že v tom viděl smysl svého života, a to i přestože se to „něco“ vzdaluje od jeho prvotních cílů. Smysluplné cíle se mění na zdánlivé cíle- následování módních trendů, přilnutí k určité politické straně či náboženství. Základní motivace je neuspokojována, dochází k odcizení a existencionálnímu vakuu (prázdnostě bytí). Nadšení pohasíná, oheň začíná doutnat. Třetí fáze je pak nazývána „životem v popeli“. Charakteristická je pro ni ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí i cílů, na lidi je pohlíženo jako na věci, objevuje se cynismus, sarkasmu a necitlivé chování. Objevuje se také neúcta k vlastnímu životu, vlastnímu tělu, k přesvědčení a k hodnotám,

daný jedinec si ničeho neváží. Život je pro něj beze smyslu a stává se pouhým „vegetováním“. (Křivohlavý, 1998)

Členitý model syndromu vyhoření také publikoval John. W. James (in Křivohlavý, 1998), který popisuje celkem 12 po sobě následujících fází či stadií tohoto procesu:

1. Snaha osvědčit se kladně v pracovním procesu.
2. Snaha udělat vše sám (nedelegovat nikomu jinému formální pracovní autoritu).
3. Zapomínání na sebe a na vlastní osobní potřeby – opomíjení nutné péče o sebe.
4. Práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl se stávají tím jediným, oč danému člověku jde.
5. Zmatení v hodnotovém žebříčku – neví, co je podstatné a co je nepodstatné.
6. Kompulzivní popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje.
7. Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynizmu. Útěk od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu či drogách, v tabletkách na uklidnění, nadměrném jídle (přejídání), hromadění peněz.
8. Radikální, vně pozorovatelné změny v chování – nesnáší rady a kritiky, straní se jakéhokoliv rozhovoru a společnosti druhých lidí.
9. Depersonalizace – ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíli a hodnotami (daný člověk přestává být člověkem v plném slova smyslu).
10. Prázdnota – pocity zoufalství ze selhání a dopadu „až na dno“. Neutuchající hlad po opravdovém, smysluplném životě (potřeba smysluplnosti života je zoufale neuspokojována).
11. Deprese – zoufalství z poznání, že nic nefunguje a člověk se ocitá ve smyslu prázdném vakuu. Sebe-cenění, sebe-hodnocení a sebe-vážení je na nulovém bodě. Zážitek pocitu „nic nejsem“ a „všechno je marnost nad marností“.
12. Totální vyčerpání – fyzické, emocionální a mentální. Vyplenění všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho i marnosti dalšího žití.

#### **1.1.6 Prevence**

Výše zmíněné již byly faktory rizikové, které k syndromu vyhoření mohou vést, na tomto místě se podíváme na faktory protektivní ve vztahu k syndromu vyhoření, které shrnuli Kebza a Šolcová (2003). Jsou jimi:

- umění relaxovat
- dobrý management času (nedostávat se pod tlak)
- pestrost práce a její autonomnost
- pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění

- dispoziční optimismus
- příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- sociální opora (nejúčinnější je opora od pracovníků stejného postavení)
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody („well-being“), který podle zahrnuje životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí.

Křivohlavý rozděluje vlivy v prevenci na interní a externí. Prvním z interních vlivů je smysluplnost žití, která se také ve výzkumech ukazuje jako jeden z hlavních faktorů ovlivňujících vznik a zvládání vyhoření. Dalším jsou stresory (podněty, které člověka zatěžují) a salutory (možnosti obtížnou situaci řešit), respektive jejich poměr. V případě, že stresory převažují nad salutory, dochází k neřešitelné, těžko zvladatelné stresové situaci (distresu), která může mít vliv na vznik vyhoření. Tehdy jsou dvě možnosti- buď snížit stresory či naopak zvýšit salutory. V prvním případě může jít o předání autority či odpovědnosti někomu jinému. Zvýšením salutorů mohou být relaxační cvičení, seznámení se s problematikou duševního zdraví a jeho následné posilování.

Mezi externí faktory patří sociální opora, kterou Sidney Cob (in Křivohlavý, 1998, s.91) definoval jako *„sdělení určené danému člověku, které ho vede k tomu, že ten pak věří, že někdo o něj má zájem, že se někdo o něho stará, že si ho někdo váží (cení a hodnotí ho kladně navzdory všemu, co bylo) a že on tak patří do sítě lidí, mezi nimiž panuje určitá sociální komunikace a vzájemnost pomoci“*. Když fungují podpůrné sociální sítě na pracovištích, mohou pak pracovníci, kteří jsou ve stresu, vyhledat své kolegy a požádat je o pomoc či o radu. Když jí dostanou, je tím pak zmírňován vývoj případného vyhoření. (Maroon, 2012)

Výsledky výzkumů ukazují, že osoby, které mají ve svém dobrou sociální oporu, vykazují relativně nejméně příznaků vyhoření. Funkcemi sociální opory jsou naslouchání, potřeba sociálního zrcadla (zpětná vazba na to, co děláme), uznání, povzbuzování, soucítění, emocionální vzpruha, prověřování stavu světa, dělba práce, spolupráce, přejný prosociální postoj a nezištná pomoc. Dalšími externími faktory jsou obecně dobré vztahy mezi lidmi, kladné hodnocení druhých lidí a pracovní podmínky. (Křivohlavý, 1998)

Ayala Pines a Elliot Aronson (in Křivohlavý, s.106) ve své knize Career burnout říkají že: *„Formální výchova k povolání by měla obsahovat výcvik zaměřený na minimalizaci psychického vyčerpání“*. Platí to pro všechna povolání, ale pro ta, kde člověk přichází do osobního styku s druhým člověkem, to platí nejvíce. A čím vyšší je požadované vzdělání pro výkon takového zaměstnání, tím spíše by se na to mělo dát. Ukazuje se totiž často, že mladí lidé s vyšším vzděláním, kteří vstupují do zaměstnání, jsou velice motivováni. Jde

jim o seberealizaci, o to ukázat co v nich je. Proto, když u nich dojde ke ztrátě nadšení, jsou to škody jak osobní, tak pro organizaci. Začínající pracovníci by proto měli být seznámeni s problematikou stresu a vyhoření, s možnostmi, které organizace má pro zlepšování pracovních podmínek ve vztahu k vyhoření. Měli by poznat, jak rozvíjet sociální oporu (s využitím např. pracovních porad, odborných školení...), rozeznávat charakteristiky dobrých a špatných mezilidských vztahů a špatné se pak učit tlumit a ty dobré rozvíjet. (Křivohlavý, 1998)

Poschkamp (2013) udává následující preventivní opatření na osobní úrovni.

- Utlumit svá očekávání, čímž se předejde tomu, co Cherniss nazývá šokem z praxe. Jde o situaci, kdy začínající pracovník má jistá nereálná očekávání a představy o zaměstnání, která pak ale nejsou naplněna.
- Akceptovat nekontrolovatelné. Osoby, které jsou ohroženy vyhořením, často tíhnou k tomu mít vše naplánované, pod kontrolou. To s sebou nese i počítání s možnostmi, že to skončí špatně, aby nebyli pak tolik zklamaní, bude-li tomu opravdu tak. Skutečnost je ale taková, že nakonec stejně zklamaní jsou a navíc očekávaný konec berou jako potvrzení toho, že mají smůlu. Před zklamáním nám může pomoci salutogenetický pohled, který předpokládá, že určitou část života nelze mít pod kontrolou.
- Být sám sobě dobrým přítelem
- Přestat s popíráním, připustit si stres, poslouchat své tělo.
- Kontrolovat vnitřní popoháněče.
- Uvědomit si, že je nahraditelný a naučit se delegovat své povinnosti.
- Udržet si nadhled.
- Vyhnout se izolaci, navázat a obnovit úzké vztahy.
- Přemýšlet o změně či prolomení tabu.
- Přijmout profesionální psychoterapii.

Důležitou roli při ochraně proti činitelům způsobujícím vyhoření hraje supervize. Supervize je *„celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Z institucionálního hlediska je supervize profesionálním postupem pozorování, reflexe profesní praxe i postgraduálního vzdělávání.“* (Kolářková, in Matoušek, 2003, s. 349)

Supervize může být zaměřená zejména na tyto oblasti:

- a) postoje pracovníka, pochopení jeho profesionální role, minimálních standardů a správných postupů při práci
- b) metody intervence a praktické dovednosti
- c) vztahy a komunikace v týmu, jeho schopnosti fungování ve prospěch klientů a řešení organizačních aspektů (Kolektiv autorů, 2014)

## **1.2 Terénní práce s uživateli drog**

### **1.2.1 Definice terénní práce**

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, jsou terénní programy definované takto: *„Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.*

*Služba obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

Prováděcí vyhláška k výše uvedenému zákonu č. 505/2006 upravuje činnosti terénních programů takto: *„Základní činnosti při poskytování terénních programů se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:*

*a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*

*aktivitu umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,*

*b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*

*1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,*

*2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*

*3. sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob,*

*4. poskytování informací o rizicích, spojených se současným způsobem života a snižování těchto rizik; v případě uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek prostřednictvím metod přístupu minimalizace škod.“*

### 1.2.2 Terénní programy pro uživatele drog

Dle speciálních standardů odborné způsobilosti jsou terénní programy: „*Služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení*“. Cílovou populaci jsou dle dokumentu: „*uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé a mladistvé uživatele drog, prostituující uživatele drog, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem*“. V tomto dokumentu je také definováno personální zabezpečené terénního programu, forma a obsah terénní práce a typy pravidel pro výkon TP. (Kolektiv autorů, 2005)

Terénní práce dle Rhodese (1999, s. 11) spočívá ve „*vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby*“.

Bednářová a Pelech (2000, s.7) hovoří o streetworku (terénní práci), jako o „*vyhledávající, doprovodné, a mobilní sociální práci s nízkoprahovou nabídkou sociální pomoci zaměřující se na rizikové jednotlivce a neformální skupiny, které kontaktuje v době a v místech, kdy a kde se obvykle zdržují, spontánně scházejí a tráví svůj volný čas, tj. na ulici, na diskotékách, v restauracích, rockových klubech, hernách, na fotbalových stadionech, v opuštěných domech, sklepích, parcích atd.*“.

Terénní práce je založená na principech „public health“, což znamená ochranu zdraví veřejnosti, a „harm reduction“, které znamená snižování rizik (ať už zdravotních, sociálních či ekonomických) souvisejících s užíváním návykových látek. To umožňuje pracovat s klienty bez ohledu na to, v jaké fázi rozvoje závislosti jsou a nezáleží ani na stupni jejich motivace. (Těmínová, in Kalina, 2008)

Důležitým předpokladem pro výkon terénní práce je navázání s klientem dobrého vztahu, který je pro něj bezpečný a umožní mu tak služby plně využívat a pracovníkovi zas umožní klienta lépe motivovat ke změně jeho chování.

### 1.2.3 Cílová skupina terénní práce

Terénní program jsou prvním stupněm v systému služeb pro uživatele drog, a tedy jsou často i první službou, kterou lidé užívající drogy vůbec využijí. Cílovou skupinu je klientela, která z rozličných důvodů (nedůvěra k institucím, neplacení zdravotního

pojištění, obavy z předsudků atp.) není v kontaktu s jinými zdravotními, sociálními či výchovnými institucemi. V praxi jsou to následující skupiny:

- Experimentátoři- osoby, jejichž drogová kariéra je v počátku, experimentují, většinou jde o mladé lidi.
- „Děti ulice“ přebývající právě na ulici, či drogových bytech, mohou být v různých stádiích závislosti, kontakt na ulici je pro ně nejpříjemnější.
- Pravidelní uživatelé drog, kteří ale ještě nejsou motivováni k vyhledání jiné pomáhající instituce
- Problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří již mají různé obtíže související s užíváním drog, ale nejsou schopni vyhledat a využít jiné služby než terénní programy.
- Osoby považující kontakt jiné služby za velmi rizikový, či jim v tom brání neznalost jazyka (Romové, ruskojazyční uživatelé návykových látek, závislé matky s dětmi). (Těmínová, in Kalina, 2008; Hrdina, Korčíšová, 2003)

Rhodes (1999) obdobně jmenuje tyto cílové skupiny terénních programů pro uživatele návykových látek:

- Mladí nitrožilní uživatelé (do 25 let)
- Lidé, kteří právě začínají s nitrožilní aplikací, či s ní začali nedávno (ne déle než před 3 roky)
- Lidé, kteří příležitostně či rekreačně aplikují injekčně
- Nitrožilní uživatelé stimulancií
- Ženy
- Uživatelé z etnických menšin
- Dlouhodobí uživatelé drog, kteří jsou bez zkušenosti s existujícími službami

#### **1.2.4 Cíle terénní práce s uživateli návykových látek**

Cílem terénních programů je kontaktovat zejména skrytou populaci<sup>1</sup> uživatelů drog a motivovat ji v ideálním případě k úplné abstinenci, či alespoň ke změně chování směrem k chování bezpečnějšímu ve vztahu k užívání drog. Tedy takovému, které vede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik (např. bezpečnější aplikace užívané látky). Cílem terénních programů je:

---

<sup>1</sup> Skrytá populace je: „Termín používaný pro uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy.“ (Kalina a kol., 2001)

- Minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:
  - udržet nízký výskyt HIV /AIDS positivity,
  - snížit výskyt hepatitidy B a C,
  - snížit počet úmrtí v souvislosti s užíváním drog
  - předcházet kriminalitě,
  - učit uživatele drog „bezpečnějšímu“ užívání a zásadám bezpečného sexu
  - udržovat nejvíce exponovaná místa na otevřené drogové scéně v čistotě (sběr pohozených injekčních stříkaček a jejich bezpečná likvidace)
- Motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci:
  - motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci
  - motivovat klienty ke kontaktu s dalšími službami pro uživatele drog
  - motivovat klienty k řešení jejich sociální situace
- Monitorovat drogovou scénu v daném regionu za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině (Těmínová, in Kalina 2008; Hrdina, Korčíšová, 2003)

Černá (2008) uvádí následující výhody terénní sociální práce:

- práce s jednotlivcem, rodinou i komunitou
- práce je vykonávána v přirozeném prostředí klienta, čímž se snáze naváže důvěra mezi klientem a pracovníkem
- více času pro klienty (za dveřmi nečekají další), možnost lépe si zorganizovat a vyčlenit čas na potřeby konkrétního klienta
- méně formální kontext
- možnost kontaktovat klienty, kteří nevyhledají sociálního pracovníka v instituci
- bezprostřední kontakt s realitou, ve které klient žije
- kontinuita ve vztahu k dalším dostupným službám
- lepší účinnost a vyšší efektivita u určitých typů problémů a klientů
- nižší finanční náklady na službu
- možnost působit preventivně
- zachycení problému v období jeho snadnější řešitelnosti
- přímá pomoc v krizi
- zmapování lokality a následná snazší orientace v ní
- lepší dostupnost klienta
- intenzivnější kontakt s klientem
- možnost získání důvěry v komunitě, v dané lokalitě
- pocit bezpečí u klienta, který je v přirozeném prostředí



- možná anonymita klienta
- bezplatnost služby

Terénní programy pro uživatele drog typicky nabízí tyto služby: výměnný program- výměna použitých injekčních stříkaček za sterilní, distribuce materiálu pro bezpečnější užívání drog (desinfekční polštářky, voda pro injekční aplikaci, filtry, buničina, apod.), distribuce materiálu k bezpečnějšímu sexu (prezervativy, lubrikační gel), drobná zdravotní ošetření, zdravotní, sociální a právní poradenství, krizová intervence, motivační rozhovory, asistence do návazných služeb, distribuce informačních letáků a publikací.

### **1.3 Terénní práce s uživateli drog a syndrom vyhoření**

V následující kapitole, bych ráda odůvodnila, proč jsou pracovníci terénních programů pro uživatele drog ohroženi syndromem vyhoření.

Výzkum provedený v roce 1998 v USA, Kanadě a jiných zemích Robertem Golembiewskim s kol., ukázal, že 44%, někdy až 60% zaměstnanců ve veřejných službách silně trpí syndromem vyhoření. Dle studie Christiny Jena- Riové provedená v roce 2007 v Evropě syndromem vyhoření trpí 30% sociálních pracovníků.

V českém prostředí se přímo syndromu vyhoření u pracovníků terénních programů pro uživatele návykových látek věnovala ve své bakalářské práci Hana Kozubíková. Zaměřila se na pracovníky pražských programů a výzkum proběhl v roce 2011 a celkem se ho zúčastnilo 21 respondentů. Pro výzkum byl použit dotazník MBI-GS (Maslach Burnout Inventory- General Survey), který vyplnili všichni zúčastnění. 7 respondentů také vyplnilo dotazník oblastí pracovního života AWLS a se čtyřmi respondenty provedlo autorka polostrukturované interview. Zjistila, že 5 osob (tedy 24%), překročilo kritickou hranici aslespoň v jedné ze sledovaných dimenzí (cynismus, vyčerpání, pracovní výkonnost).

Syndrom vyhoření se dává nejčastěji do souvislosti s pomáhajícími profesemi. Hartl, Hartlová (2000) v Psychologickém slovníku definují pojem pomáhající profese jako „souhrnný název pro veškeré profese, jejich teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější; patří sem lékaři, zvl. psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové; šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185) Do této definice lze bezesporu zařadit i terénní práci s uživateli drog. Matoušek (2003) říká, že syndrom vyhoření k pomáhajícím profesím patří a dříve či později skoro každý pracovník má nějaké jeho projevy.

Terénní pracovník, na rozdíl od např. pracovníka kontaktního centra<sup>2</sup> nemá žádné zázemí zařízení, kde jsou služby poskytovány. Chybí mu tedy jasné oddělení prostoru práce (uvnitř zařízení) a volna (vně zařízení). Dostává se tak v době volna často i na místa, která má spojená s prací a kde je možné, že potká a bude osloven některým ze svých klientů. To pak testuje jeho osobní hranice. Pracovník terénního programu se musí naučit rozlišovat mezi svou pracovní a osobní rolí, což je jedním z hlavních předpokladů pro prevenci syndromu vyhoření.

Dalším důležitým předpokladem pro předejití vyhoření je znalost své osobní motivace pro výkon terénní práce s uživateli drog. Poznání své motivace je důležité jak pro bezpečnost klienta (např. pracovník by mohl chtít klienty manipulovat, či je zachraňovat), tak i pro pracovníka (např. terénní práce jako cesta, jak se dostat k drogám a začít je brát). Poznání vlastní motivace je dlouhodobý proces a rozpoznání nezdravé motivace by mělo vést alespoň k pečlivé supervizi, velmi užitečným je pak sebezkušenostní výcvik. (Kalousek, 2007)

Broža (2008) uvádí, že terénní práce s uživateli drog je náročná, co se týče ocenění. Terénní pracovník je klienty brán zejména jako servis a pokud se pracovníkovi podaří klienta namotivovat ke změně životního stylu, klient se stává klientem jiného zařízení (kontaktní centrum, substituční program) a tzv. smetanu slíznou jiní.

Riziko syndromu vyhoření, může být pro terénní pracovníky vyšší ve vztahu k níže uvedeným možným nevýhodám terénní práce:

- neochota spolupráce ze strany klienta (nedotažení spolupráce ke konci)
- obtížně udržitelné hranice profesionálního vztahu
- zvýšená rizikovost práce v terénu (hrozící nebezpečí, nemoci, kriminalita)
- neprovázanost spolupráce s institucemi, špatná komunikace
- nemožnost vyřešit některé problémy na místě (počítač, tiskárna, internet)
- nedostatek pracovníků v terénu (velká vytíženost)
- snížená motivace k práci v terénu (nepřízeň počasí, nepohodlí, pohyb pěšky po velkých vzdálenostech, nízká prestiž atd.)
- složité pracovní podmínky (nelze odstranit rušivé vlivy, upravit prostředí pro jednání s klienty)
- neoddělení soukromí a pracovních aktivit v terénu
- střety zájmů (klienti mezi sebou, úřady, ostatní působící neziskové organizace, státní instituce, soukromé subjekty apod.)

---

<sup>2</sup> Kontaktní centrum je: „nízkoprahové zařízení, které je dostupné místně i časově v daném regionu. Poskytuje včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction (i anonymně) uživatelům návykových látek“. (Těmínová, in Kalina, 2008, s. 372)

- pracovník je v terénu často sám, nemá podporu druhého pracovníka v krizových situacích. (Černá, 2008)

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu je zjistit míru náchylnosti k syndromu vyhoření mezi pracovníky terénních programů pro uživatele návykových látek na území České Republiky.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Pro svůj výzkum jsem si zvolila tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je míra náchylnosti k syndromu vyhoření mezi pracovníky terénních programů pro uživatele drog?
2. Jsou ženy náchylnější k syndromu vyhoření než muži?
3. Jaký vliv má věk na náchylnost k syndromu vyhoření?
4. Jaký vliv má délka praxe na náchylnost k syndromu vyhoření?

### **2.3 Metody sběru dat**

Sběr dat probíhal formou internetového dotazníku. V úvodní části dotazníku jsem odůvodnila konání tohoto výzkumu a informovala o jeho anonymitě. Samotný dotazník byl pak rozdělen do dvou částí. V první části jsem zjišťovala pohlaví respondentů, jejich věk, místo výkonu terénní práce, délku celkové praxe v sociálních službách a délku praxe na stávající pozici.

Druhou částí byl Inventář projevů syndromu vyhoření od Tamary a Jiřího Tošnerových, viz. příloha č.1. Tato metoda byla otištěna v pracovním sešitě pro účastníky specializačního kurzu nadace HESTIA. (Tošner, Tošnerová, 2002) Tento dotazník se skládá z 24 otázek a je rozdělen do čtyř rovin - do roviny rozumové, emocionální, tělesné a sociální. Tvzení jsou hodnocena na škále vždy - často- někdy- zřídka- nikdy, kde odpověď vždy je ohodnocena 4 body, nikdy pak 0 body. Lze tedy dosáhnout 24 bodů za každou rovinu, celkem pak 96 bodů. Minimálně je možné dosáhnout 0 bodů.

Dotazník není diagnostický, nestanovuje tak, při jakém počtu bodů, lze označit, že u respondenta je rozvinut syndrom vyhoření. Celkové skóre vypovídá o míře náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření, vysoké hodnoty součtu bodů z některé z rovin mohou být podnětem, které z nich se více věnovat.

Data byla sbírána od 18. května do 23. června 2014.

## 2.4 Výzkumný soubor

Cílovou populací výzkumu byli pracovníci terénních programů pro uživatele návykových látek. Seznam zařízení, které poskytují služby terénního programu, jsem získala z Registru poskytovatelů sociálních služeb a doplnila je o programy zmíněné na Mapě pomoci na webu drogy-info.

Celkem jsem oslovila 63 terénních programů z celé České Republiky.

## 2.5 Metody analýzy dat

Pro vyhodnocení dotazníku byl použit program Microsoft Excel 10. Výsledky jsou prezentovány ve formě tabulek nebo grafů – taktéž tvořených pomocí programu Microsoft Excel. K vyhodnocení získaných dat byla použita popisná statistika. Výsledky jsou uvedeny buď v absolutních číslech, nebo v kombinaci s procenty.

## 2.6 Etika

Během výzkumu byla dodržena anonymita všech respondentů.

Respondenti byli o zachování anonymity seznámeni v úvodu dotazníku

## 2.7 Výsledky výzkumu

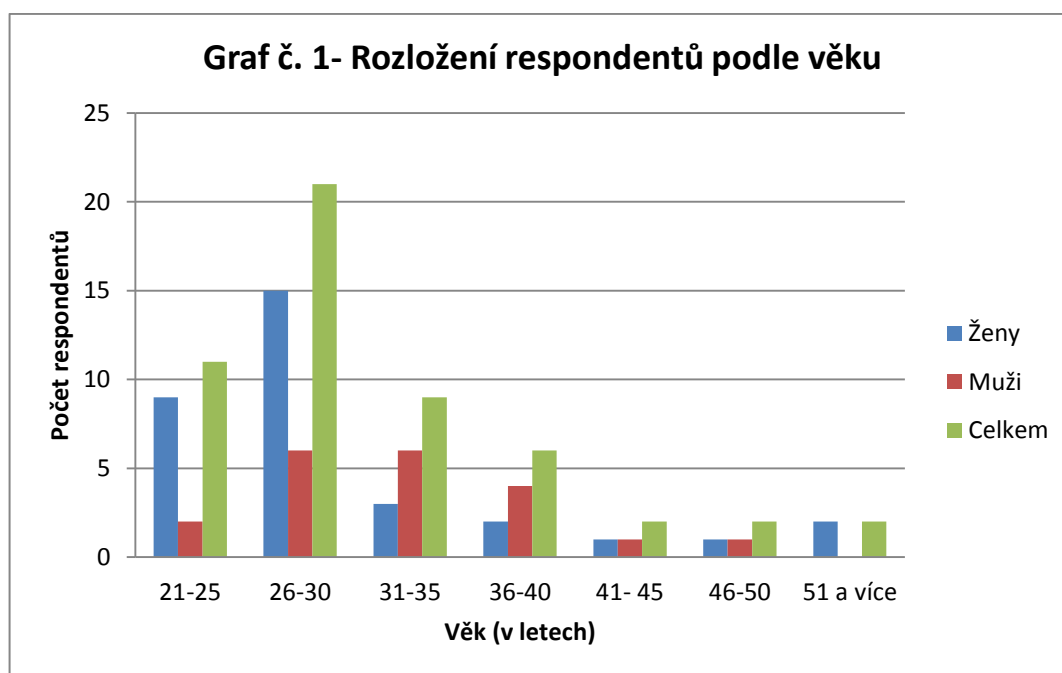
### 2.7.1 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 53 respondentů, z toho 20 mužů (38%) a 33 žen (62%).

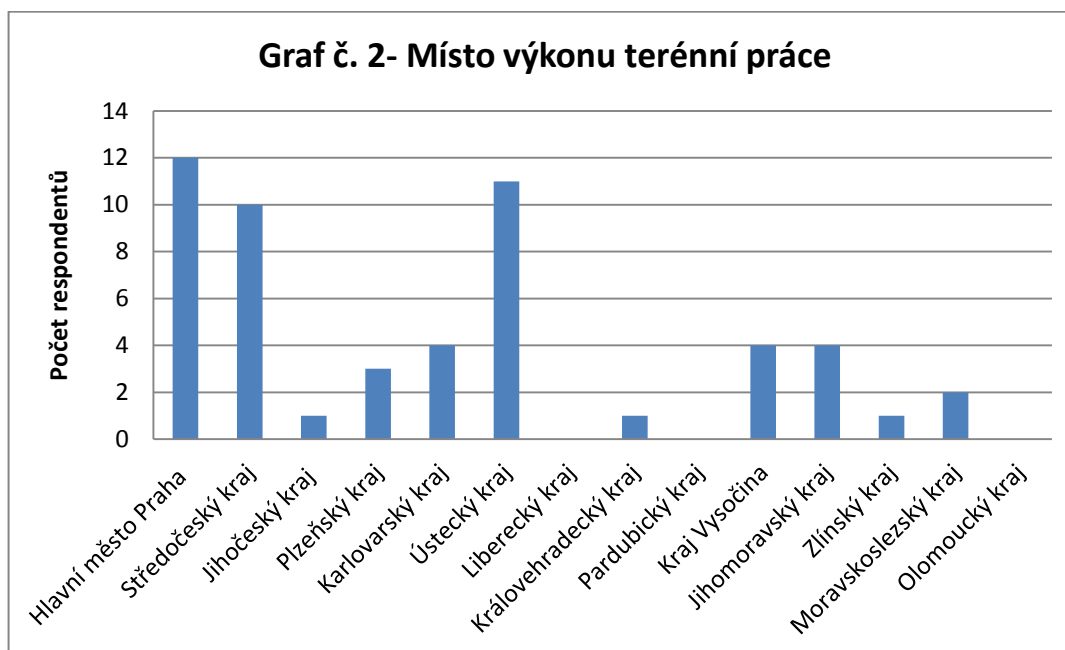
Průměrný věk činil 31 let, nejmladšímu z respondentů bylo 22 let a nejstarší respondent uvedl 53 let. Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 26-30 let. Rozložení respondentů podle věku znázorňuje tabulka č. 1 a graf č. 1.

**Tabulka č. 1- Rozložení respondentů podle věku**

Věk	Ženy	Muži	Celkem	Procentuální zastoupení
21-25	9	2	11	21 %
26-30	15	6	21	40 %
31-35	3	6	9	17 %
36-40	2	4	6	11 %
41- 45	1	1	2	4 %
46-50	1	1	2	4 %
51 a více	2	0	2	4 %



Graf č. 2 znázorňuje místa výkonů terénní práce. Nejvíce respondentů pracuje v terénních programech pro uživatele drog na území Hlavního města Prahy, Středočeského kraje a Ústeckého kraje. Nikdo z respondentů není z terénního programu poskytujícího své služby na území Libereckého, Pardubického a Olomouckého kraje.

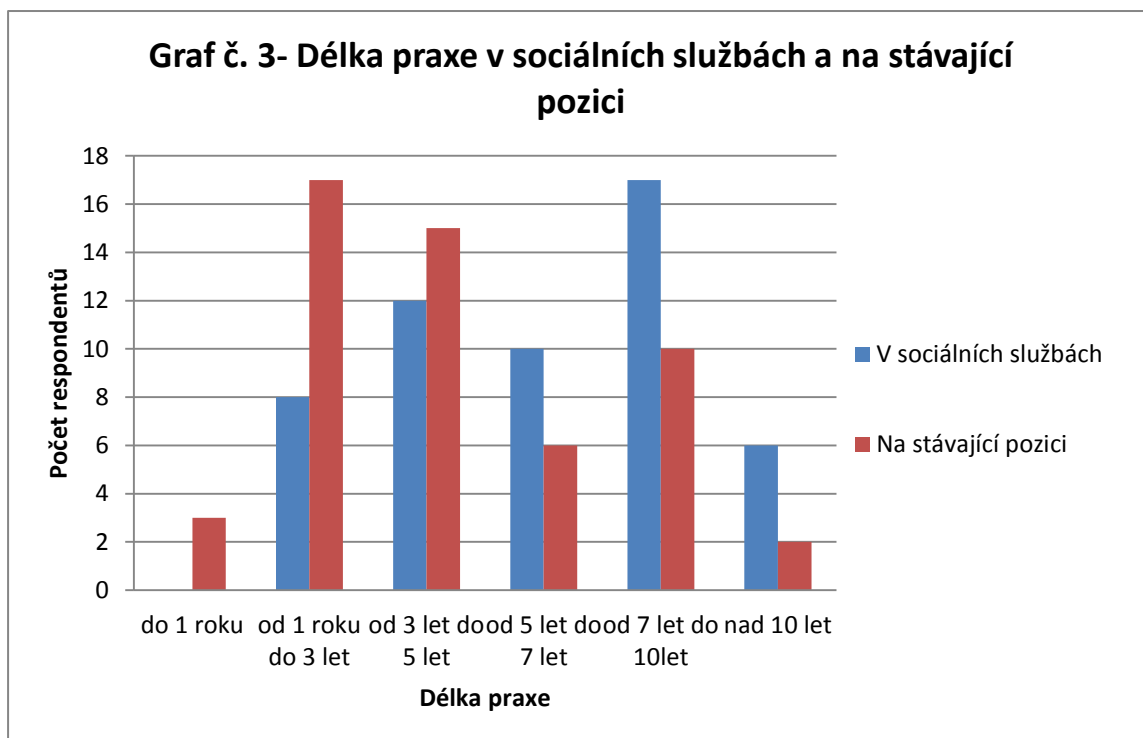


Respondenti pracují v sociálních službách v průměru 6 let a 5 měsíců, nejkratší praxí je jeden rok a nejdéle v sociálních službách pracují 2 respondenti mající praxi 17 let. Nejvíce respondentů (32%) odpovědělo, že praxi mají mezi 7 až deseti lety, druhé nejčastější rozmezí délky praxe bylo od 3 do 5 let (23%), za ním následovalo rozmezí od 5 do 7 let (19%).

Nejčastěji uváděná délka praxe na stávající pozici byla od 1 roku do 3 let (32%), následovalo rozmezí od 3 let do 5 let (28%) a za ním rozmezí od 7 let do 10 let (19%). Průměrná délka praxe na stávající pozici mezi respondenty byla 4 roky, přičemž nejkratší délka byla 2 měsíce a nejdelší pak 11 let. V tabulce č. 2 jsou zaneseny všechny hodnoty, které jsou pak v grafu č. 3 znázorněny.

**Tabulka č. 2- Délka praxe v sociálních službách a na stávající pozici**

Délka praxe	V sociálních službách	Na stávající pozici
do 1 roku	0	3
od 1 roku do 3 let	8	17
od 3 let do 5 let	12	15
od 5 let do 7 let	10	6
od 7 let do 10let	17	10
nad 10 let	6	2



### **2.7.2 Výsledky otázek týkající se rozumové roviny**

Do této roviny patřily následující otázky/tvrzení:

1. Obtížně se soustřeďuji.
2. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech.
3. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech.
4. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává.
5. Přemýšlím o odchodu z oboru.
6. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru.

Z celkového možného počtu 24 bodů v této rovině respondenti v průměru dosahovali 5,6 bodů, což hodnotím jako celkem nízký výsledek. Dva dotázaní dosáhli skóre 1 a jeden z dotázaných dosáhl v této oblasti 13 bodů. Dosažené hodnoty jsou v průměru nízké (5,6 z 24 bodů), lze tedy říci, že respondenti v této rovině nejsou příliš náchylní k syndromu vyhoření.

Rozdíly mezi muži a ženami v této složce nebyly významné. Ženy v průměru dosahovaly hodnoty 5,6 a muži 5,5 bodů. Výsledky této roviny jsou zaneseny do grafu č. 4.

### **2.7.3 Výsledky otázek týkající se emocionální roviny**

K následující rovině se vztahují tato tvrzení:

1. Nedokáži se radovat ze své práce.
2. Jsem sklíčený/á.
3. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á.
4. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní.
5. Trpím nedostatkem uznání a ocenění.
6. Cítím se ustrašený/á.

Průměrné výsledky v emocionální rovině byly velmi podobné, jako v rovině rozumové. Respondenti v průměru dosahovali také 5,6 bodů. Jeden z dotázaných nedosáhl v této rovině žádného bodu a maximum dosažených bodů zde bylo 14. Ve vztahu k míře náchylnosti k syndromu vyhoření hodnotím tyto výsledky jako celkem nízké.

Oproti rovině rozumové jsou zde patrnější rozdíly ve výsledcích mužů a žen. Muži dosahovali průměrného výsledku 4,95, zatímco u žen byl výsledek v průměru 5,97. Výsledky této roviny jsou zaneseny do grafu č. 4.



### **2.7.4 Výsledky otázek týkající se tělesné roviny**

K následující rovině se vztahují tato tvrzení:

1. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“.
2. Jsem náchylný/á k nemocím.
3. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.
4. Jsem napjatý/á.
5. Trápí mě poruchy spánku.
6. Trpím bolestmi hlavy.

Co se týče roviny tělesné roviny, celkové průměrné výsledky zde byly opět obdobné a to 5,6 bodů. Maxima v této skupině otázek dosáhl respondent s 18 body, což byl i úplně nevyšší výsledek nejen v této rovině, ale i mezi ostatními. Jeden z respondentů neměl v této rovině žádný bod. Výsledky nejsou ve vztahu k syndromu vyhoření vysoké, a tudíž nelze říci, že by respondenti byly aktuálně k vyhoření náchylní. Výjimkou by se dal označit respondent, jenž dosáhl výsledku 18 bodů (z 24), který by se měl této složce věnovat.

Mezi muži a ženami byly rozdíly opět patrnější. Muži v průměru dosáhli 4,5 bodu, zatímco ženy 6,3 bodů. Z toho lze usuzovat, že ženy jsou v této rovině náchylnější k syndromu vyhoření. Výsledky této roviny jsou zaneseny do grafu č. 4.

### **2.7.5 Výsledky otázek týkající se sociální roviny**

K následující rovině se vztahují tato tvrzení:

1. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům.
2. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy.
3. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy.
4. Svou práci omezuji na její mechanické provádění.
5. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání.
6. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty.

Průměrné výsledky respondentů v této rovině jsou skoro o polovinu nižší než v rovinách předcházejících. Konkrétně respondenti v průměru dosáhli 3,2 bodů. Nejvyšší dosažený výsledek v této rovině byl 12 bodů, což je nejméně ze všech předchozích. Stejně jako v předchozích rovinách, průměrné výsledky nejsou vzhledem k syndromu vyhoření alarmující.

Zajímavé jsou rozdíly výsledků mezi muži a ženami. Sociální rovina je totiž jedinou rovinou, kde muži dosáhli vyššího průměrného skóre než ženy. Muži měli v průměru 3,8 bodů a ženy 2,9 bodů. Výsledky této roviny jsou zaneseny do grafu č. 4.

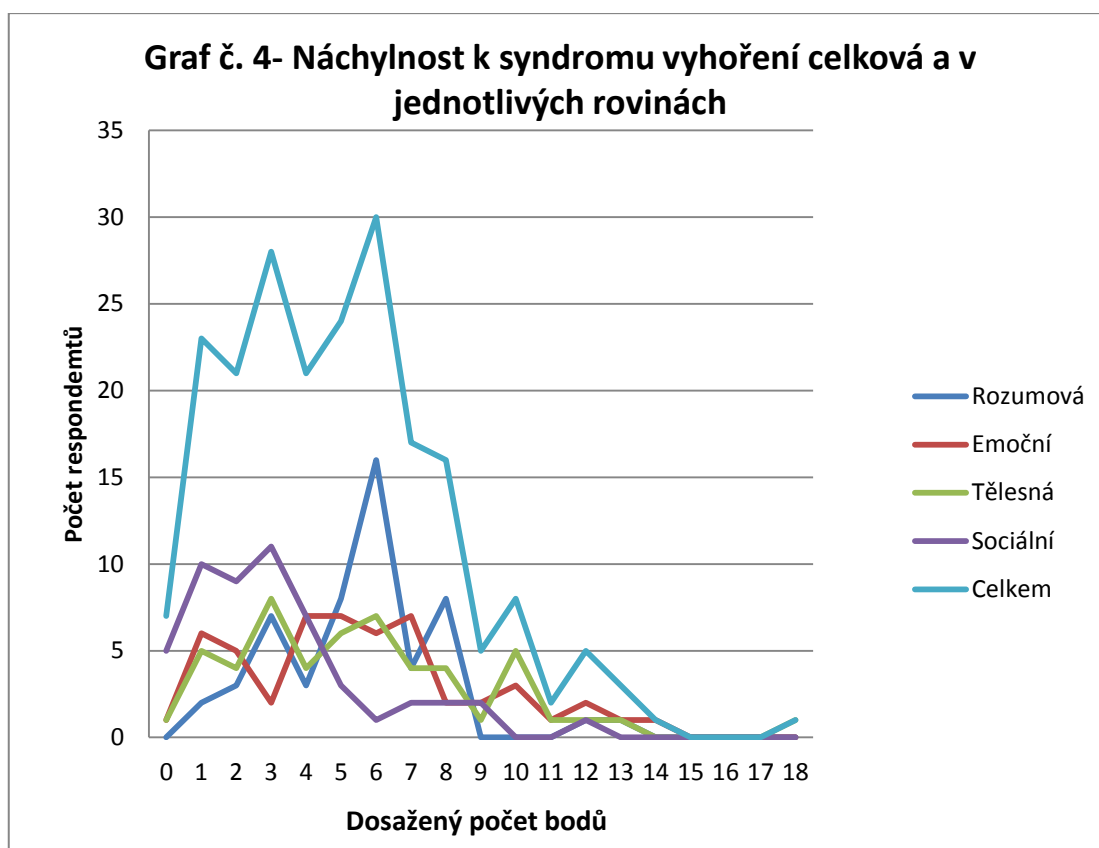
### 2.7.6 Celkové výsledky

Jak jsem již zmínila výše, celkové možné skóre, které bylo možné v Inventáři projevů syndromu vyhoření dosáhnout, bylo 96 bodů. Průměrný dosažený počet bodů byl 19,9. Muži dosáhli v průměru 18,7 bodů a ženy 2 body více, tedy 20,7 bodů. Naprostá většina všech respondentů získala méně než polovinu bodů (tedy méně než 45 bodů) a pouze jeden jediný respondent získal skóre nad 45 bodů, konkrétně 46 bodů. Nejméně bodů dosáhl respondent se 4 body. Jelikož dotazník není hodnotící, ale spíše orientační pro zjištění, kterým rovinám by se měl respondent více věnovat, nelze říci, od jakého skóre může být respondent označen jako trpící syndromem vyhoření.

Největší skupina respondentů měla počet bodů v rozmezí od 11 do 20 a to celkem 21 lidí (40%), následovalo rozmezí 21-30 bodů, kterého dosáhlo 19 respondentů (36%). Třetím v pořadí, co se týče počtu respondentů, bylo rozmezí 0-10 bodů, ve kterém bylo 8 zúčastněných (15%). V rozmezí 21-40 dosažených bodů byli 3 respondenti (6%) a 40 a více bodů dosáhli 2 dotázaní (4%). Celkové výsledky jsou zaneseny do tabulky č. 3 a grafu č. 4.

**Tabulka č. 3- Celkový počet dosažených bodů u mužů a žen**

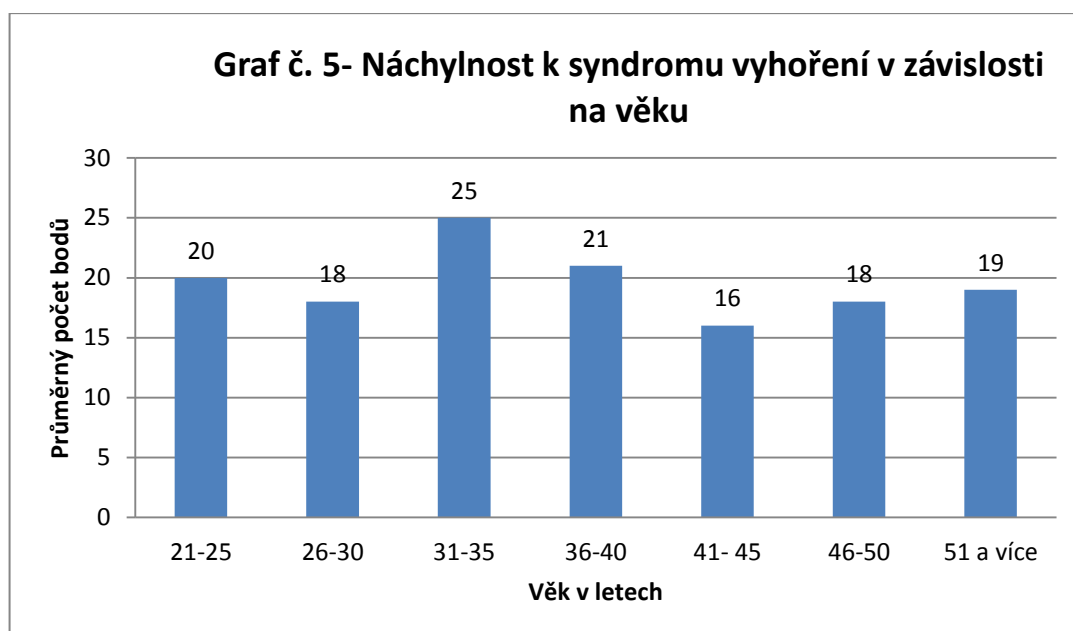
Počet bodů	Počet respondentů	z toho muži	z toho ženy
0-10	8	3	5
11- 20	21	8	13
21-30	19	7	12
21-40	3	2	1
40 a více	2	0	2



Graf č. 5 znázorňuje náchyllost k vyhoření v závislosti na věku. Nejvyšších hodnot dosáhli respondenti ve věkovém rozmezí 31- 35 let, a to v průměru 25 bodů. V pořadí druhý nejvyšší počet bodů dosáhla věková skupina 36-40 let v průměru s 21 body. Respondenti z věkového rozmezí 21-25 let měli nejvyšší počet bodů, a to v průměru 20. Nepotvrdilo se tak, že by náchylnější k vyhoření byli mladí respondenti a pak ti, na konci své pracovní kariéry. V tabulce č. 4 jsou zanesené průměrné dosažené hodnoty dle věkových skupin.

**Tabulka č. 4- Náchyllost k syndromu vyhoření v závislosti na věku**

Věk	Počet respondentů	Průměrný počet bodů
21-25	11	20
26-30	21	18
31-35	9	25
36-40	6	21
41- 45	2	16
46-50	2	18
51 a více	2	19

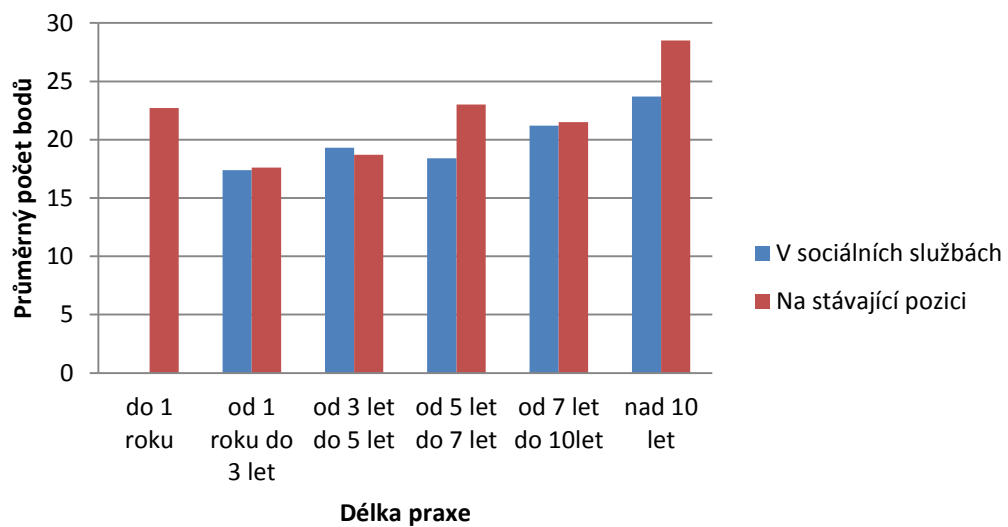


Graf č. 6 znázorňuje závislost náchylnosti vyhoření na délce praxe. Jak je z grafu patrné nejvyšších hodnot dosahovali respondenti, kteří na stávající pracovní pozici pracují více jak deset let. Druhého nejvyššího průměrného výsledku také dosáhli respondenti, kteří pracují celkem v sociálních službách více jak deset let. Vyšších hodnot v Inventáři projevů syndromu vyhoření také dosahovali ti, kteří pracují na aktuální pozici kratší dobu než jeden rok a ti, kteří na stávající pozici jsou od 5 do 7 let. V tabulce č. 5 jsou zanesené průměrné dosažené hodnoty dle délky praxe respondentů.

**Tabulka č. 5- Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe**

Délka praxe	V sociálních službách celkem	Na stávající pozici
do 1 roku	-	23
od 1 roku do 3 let	17	18
od 3 let do 5 let	19	19
od 5 let do 7 let	18	23
od 7 let do 10let	21	22
nad 10 let	24	29

**Graf č. 6- Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe**



## DISKUSE

Ke svému výzkumu jsem použila dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření. Sami autoři říkají o vyhodnocování dotazníku toto: „*Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy. Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat*“.

(Tošner, Tošnerová, 2002) Není však stanovena norma, jaké dosažené výsledky jsou ještě v pořádku a jaké už se dají považovat za vysoké, při kterých by bylo vhodné změnit některý ze svých návyků, aby došlo ke snížení rizika dalšího rozvoje syndromu vyhoření.

Výsledky se nedají zobecnit na celkovou populaci pracovníků terénních programů pro uživatele drog vzhledem k malému počtu respondentů. Celkem bylo osloveno 63 terénních programů po celé České Republice, respondentů bylo však pouze 53. Toto číslo může být zapříčiněno způsobem žádání respondentů o vyplnění dotazníku, tedy zasláním e-mailu s žádostí na společný e-mail jednotlivých terénních programů. Předpokládám, že by čísla mohla být vyšší, kdybych požádala přímo vedoucí terénních programů, či nejlépe, kdybych je požádala osobně (např. na Fóru terénní práce). Malý počet respondentů vidím jako nedostatek své práce.

V teoretické části práce jsem popisovala proměnné, které se týkají osobností pracovníků, mající vliv na syndrom vyhoření. V praktické části jsem se věnovala vlivu některých z nich na míru náchylnosti k syndromu vyhoření. První z takovýchto proměnných je pohlaví respondentů. Dřívější studie udávají, že je vyhoření častější u žen, což souhlasí s výsledky mého výzkumu. Další sledovanou proměnnou byl věk účastníků. Maroon (2012) uvádí, že se vyhoření častěji vyskytuje u mladých pracovníků a dále pak u těch, kteří jsou na konci své pracovní kariéry a jsou tedy starší. Výsledky mého výzkumu toto nepotvrdili, nejvyšších hodnot dosáhla skupina respondentů ve věku 30- 35 let. Poslední sledovanou proměnnou byla délka praxe. Teorie o vlivu délky praxe na syndrom vyhoření se liší, některé udávají, že má vliv, některé že nikoliv. Z výsledků mého dotazníkového šetření lze usuzovat, že délka praxe má na syndrom vyhoření vliv, alespoň co se týče respondentů ze sledované cílové skupiny. Lze říci, že nejnáchylnější k syndromu vyhoření jsou pracovníci s dlouhou praxí (nad deset let) a ti, kteří na stávajících pozicích začínají (kratší praxe než rok).

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala syndromem vyhoření u pracovníků terénních programů pro uživatele drog. V teoretické části práce jsem syndrom vyhoření definovala, popsala jeho projevy a průběh, možné rizikové faktory a preventivní opatření. Druhá část teoretické části práce byla věnována terénní práci s uživateli drog, kde jsem ji charakterizovala a popsala její cíle a cílovou skupinu. Dále jsem popsala, proč jsou pracovníci terénních programů pro uživatele drog syndromem vyhoření ohroženi.

Praktická část se zabývá kvantitativním výzkumem, jehož cílem bylo zjistit míru náchylnosti pracovníků terénních programů pro uživatele návykových látek k syndromu vyhoření. Byl k tomu použit dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření od autorů Jiřího a Tamary Tošnerových. Tento dotazník obsahující 24 otázek je rozdělen do čtyř rovin – rozumové, emocionální, tělesné a sociální. Získané výsledky ukazují míru náchylnosti terénních pracovníků ke stresu a syndromu vyhoření.

Z celkového možného počtu bodů (96), byl průměrný počet dosažených bodů 19,9. Muži dosáhli v průměru 18,7 bodů a ženy 20,7 bodů. Nejvyšší dosažený výsledek byl 45 bodů a nejnižší pak 4 body. Výsledky jednotlivých rovin se nelišily, kromě roviny sociální. V rovině rozumové, emocionální a tělesné byl dosažený průměrný výsledek 5,6 bodu, avšak v rovině sociální byl průměrný počet získaných nižší, a to 3,2 bodu. Zajímavé je, že sociální rovina je také jedinou rovinou, kde ženy dosáhly nižšího průměrného počtu bodů než muži. Ti dosáhli v průměru 3,8 bodů a ženy 2,9.

Na počátku výzkumu jsem si stanovila 4 výzkumné otázky. První z nich, zjišťující míru náchylnosti k syndromu vyhoření mezi terénními pracovníky, je již zodpovězena výše. Na druhou výzkumnou otázku lze na základě výsledků zodpovědět ano, ženy jsou náchylnější k syndromu vyhoření než muži. Co se týče vlivu věku na míru náchylnosti k vyhoření, lze z výsledků usuzovat, že spíše vliv nemá. Délka praxe na náchylnost k vyhoření vliv má, přičemž ohroženější jsou zejména začínající pracovníci a ti s dlouhou praxí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bednářová, Z., Pelech L. (2000). *Sociální práce na ulici: streetwork*. Brno: DOPLNĚK
- Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Černá, D. (2008). Úvod do terénní sociální práce. In K. Janoušková & D. Nedělníková (Eds.), *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: Sborník textů* (s. 10- 25). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hrdina, P. & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. NMC/Úřad vlády.
- Kalina, K. a kolektiv (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova. [cit. 5.6. 2014] Retrieved from webside: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/skryta\\_populace\\_hidden\\_population](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/skryta_populace_hidden_population)
- Kalousek, L. (2007). Role profesionálního terénního pracovníka. In. P. Klíma (Ed.), *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork* (s.129- 139). Praha, Czechia: Česká asociace streetwork.
- Kebza, V., Šolcová I. (2003). *Syndrom vyhoření*. 2. Vydání. Praha: Státní zdravotní stav. [cit. 5.6. 2014] Retrieved from webside: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne\\_znani/brozury/syndrom\\_20vyho\\_reni.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyho_reni.pdf)
- Kebza, V., Šolcová, I.(2013). Syndrom vyhoření: podstata konstruktů a možnosti jeho diagnostiky. In Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V. et al. (2003). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kolářková, J. (2003). Supervize. In Matoušek O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Kolektiv autorů. (2005). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog)*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Kolektiv autorů. (2014). *Operační Manuál terénního programu NO BIOHAZARD*. Praha.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, a.s.



Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.

Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika.

Předpis č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů [cit. 10.6. 2014] Retrieved from website: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska\\_505\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf)

Ptáček, R. (2013). Syndrom vyhoření a proč se jím zabývat. In Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V. et al. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Brno: Albert.

Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Rush, M.D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.

Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Světová zdravotnická organizace (2009). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (10. revize). WHO: Ženeva.

Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Tošner, J., Tošnerová, T. (2002). *Burn- out Syndrom vyhoření: pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. [cit. 10.6. 2014] Retrieved from website: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1- Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových

#### INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

	<b>počet bodů</b>	<b>vždy</b>	<b>často</b>	<b>někdy</b>	<b>zřídka</b>	<b>nikdy</b>
		4	3	2	1	0
1. Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0	
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0	
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0	
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0	
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0	
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0	
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0	
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0	
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0	
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0	
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0	
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0	
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0	
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0	
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0	
16. Svou práci omezuji na její mechanické provádění	4	3	2	1	0	
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0	
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0	
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0	
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0	
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0	
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0	
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0	
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0	

## VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

---

—

### Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = ..... bodů

### Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = ..... bodů

### Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = ..... bodů

### Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = ..... bodů

---

**Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = ..... bodů**

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

**Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.**

**Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.**

**Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.**

## **Příloha č. 2- Seznam tabulek a grafů**

Tabulka č. 1- Rozložení respondentů podle věku

Tabulka č. 2- Délka praxe v sociálních službách a na stávající pozici

Tabulka č. 3- Celkový počet dosažených bodů u mužů a žen

Tabulka č. 4- Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na věku

Tabulka č. 5 - Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe

Graf č. 1- Rozložení respondentů podle věku

Graf č. 2- Místo výkonu terénní práce

Graf č. 3- Délka praxe v sociálních službách a na stávající pozici

Graf č. 4- Náchylnost k syndromu vyhoření celková a v jednotlivých rovinách

Graf č. 5- Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na věku

Graf č. 6- Náchylnost k syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe